

SOLICITUD PARA INVESTIGACION DE ADOPCION ADOPTION SEARCH APPLICATION

For Office Use Only	
AF No.	_____
CMT No.	_____
Search No.	_____

Adoption Records Search Program
P.O. Box 8916
Madison, WI 53708-8916
(608) 266-7163

INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre Actual: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Dirección: _____
(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Números de Teléfonos: () _____ (Casa) () _____ (Trabajo) () _____ (Celular)

Dirección de su *E-Mail*: _____

La mejor manera y la mejor hora de contactarlo: _____

Acceso a la información confidencial sobre adopción es restringido a los siguientes solicitantes de 18 años o más. Marque la casilla apropiada.

- Yo soy:
- Un adulto adoptado (adoptado en Wisconsin). **Vea la parte A**
 - Una persona a quien los derechos de sus padres biológicos le fueron terminados en Wisconsin pero que nunca fue adoptada. **Vea la parte A**
 - Un padre/madre adoptivo de una persona adoptada en Wisconsin. **Vea la parte B**
 - Un tutor (guardián) o la persona que tiene custodia legal de una persona adoptada en Wisconsin o de una persona a quien los derechos de sus padres biológicos le fueron terminados en Wisconsin. **Adjunte prueba de tutela del niño(a). Ve la parte B**
 - Un hijo(a) de una persona adoptada en Wisconsin. **Adjunte una fotocopia de su acta de nacimiento. Ve la parte B**
 - Una agencia o trabajador social asignado a proveer servicios a una persona adoptada en Wisconsin o a una persona a quien los derechos de sus padres biológicos le fueron terminados. **Vea la parte B**

El *Department of Health and Family Services (DHFS)* mantiene acuerdos con algunas agencias privadas de adopción para la disposición de servicios de investigación de adopción. Su solicitud podría ser también enviada a la agencia que facilitó su adopción, a menos que usted marque la casilla abajo.

- Yo pido que mi solicitud de investigación sea asignada a un especialista del *Central Office Search* en *DHFS*.

CONFIRMACION DE IDENTIDAD

- Instrucciones:**
- 1. Complete la siguiente información y fírmela delante de un notario público. (Banco u oficina de abogado.)**
 - 2. Adjunte una copia reciente de identificación con fotografía expedida en el estado.**
 - 3. Incluya prueba de cambio de nombre (no es necesario para matrimonios).**

Yo, _____ quien fecha de nacimiento es _____
(Nombre – Solicitante) (mes/día/año)

certifico que he enviado una solicitud al Wisconsin *Department of Health and Family Services* para los servicios de investigación de adopción.

Yo certifico que la tarjeta de identificación adjunta contiene mi propia fotografía y firma.

FIRMA – Solicitante

Suscribió y juró delante de mí

este ____ día de _____, 20 _____,

Notario Público, Estado de _____

Mi comisión caduca _____

(SELLO)

Como es proveído bajo el *Wisconsin Statute section 946.32(1)(a)*, hacer una declaración bajo juramento o una afirmación que usted cree es falsa con el propósito de confirmar su identidad para obtener información del *Adoption Records Search Program* es un delito de Clase H, castigado con una multa de hasta \$10,000, o encarcelamiento por hasta 6 años, o ambas.

PARTE A

SOLICITUD PARA LA PERSONA ADOPTADA

Instrucciones: Complete esta página si usted es una persona adulta adoptada (de 18 años de edad o más y adoptado en Wisconsin) o una persona a quien los derechos de sus padres biológicos le fueron terminados en Wisconsin pero que nunca fue adoptada.

1. Información para ayudarnos a localizar su registro de adopción o responsabilidad.

Nombre adoptivo: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
(mes/día/año) (Ciudad, Estado)

Nombre(s) de los padres adoptivos en el momento de la colocación del niño(a):

Madre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Padre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombre – Agencia de Adopción (si la sabe): _____

Condado en que se hizo la adopción: _____

Sí No ¿Fue esta una adopción hecha por un padrastro / madrastra o por otro familiar?

Nombre al nacer (si lo sabe): _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombres de los padres biológicos (si lo sabe):

Madre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Padre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

2. Información solicitada – Marque cada tipo de información que usted esté solicitando.

No información de identificación personal – Toda información que conlleve a la identidad de los padres biológicos será borrada.

- Copia del registro de adopción – Incluye toda la información con relación a las circunstancias de la adopción, e información sobre el historial familiar médico y social de los padres biológicos colectada en el momento de la colocación del niño(a).
- Historial médico familiar al corriente. Será conducida una investigación de los padres biológicos para poder obtener la información solicitada. **Adjunte una carta de su médico con la solicitud.**
- Información con relación a la elegibilidad de inscribirse a una tribu – Si es elegible, nosotros le ayudaremos con el proceso de la solicitud de inscripción. **Adjunte una copia de su tarjeta de Seguro Social.**

Información de identificación personal – Solamente puede ser dada con el consentimiento escrito de los padres biológicos. Será conducida una investigación de los padres biológicos si el consentimiento no esta actualmente archivado en DHFS.

- Nombres y direcciones actuales de los padres biológicos. Los padres biológicos pueden ser solamente contactados si la paternidad fue legalmente establecida.
- Acta de Nacimiento Confiscada

DECLARACION DE *OUTREACH* PARA PADRES BIOLOGICOS.

Complete esta sección si usted ha solicitado información de identificación personal. Padres biológicos a menudo consideran las razones de su búsqueda antes de tomar una decisión sobre su solicitud. Use el espacio abajo para decirnos lo que le gustaría compartir con sus padres biológicos sobre usted. Esta declaración será proveída a sus padres biológicos. Información de identificación personal sobre usted y/o fotos **no pueden** ser compartidas con sus padres biológicos en este momento.

PARTE B

SOLICITUD PARA PADRES ADOPTIVOS, TUTORES (GUARDIAN) / PERSONAS QUE TIENEN CUSTODIA LEGAL E HIJOS DE ADOPTADOS EN WISCONSIN

Instrucciones: Complete esta página si usted está solicitando información en nombre de una persona adoptada en Wisconsin.

1. **Relación con el adoptado:** _____

2. **Información para ayudarnos a localizar el registro de adopción del adoptado.**

Nombre actual de la persona adoptada: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombre adoptivo: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
(mes/día/año) (Ciudad, Estado)

Nombres de los padres biológicos en el momento de la colocación del niño(a):
Madre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Padre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombre – Agencia de adopción (si lo sabe): _____

Condado en que se hizo la adopción: _____

Sí No ¿Fue ésta una adopción hecha por un padrastro / madrastra o por otro familiar?

Nombre al nacer (si lo sabe): _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombres de los padres biológicos (si los sabe): Madre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Padre: _____
(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

3. **Información solicitada** – Marque cada tipo de información que usted esté solicitando.

No información de identificación personal – Toda información que conlleve a la identidad de los padres biológicos será borrada.

Copia del registro de adopción – Incluye toda la información con relación a las circunstancias de la adopción, e información sobre el historial familiar médico y social de los padres biológicos colectada en el momento de la colocación del niño(a).

Historial médico familiar al corriente. Será conducida una investigación sobre los padres biológicos para poder obtener la información solicitada. **Adjunte una carta de su médico con la solicitud.**

Información con relación a la elegibilidad de inscribirse a una tribu – Si es elegible, nosotros le ayudaremos con el proceso de la solicitud de inscripción. **Adjunte una copia de su tarjeta de Seguro Social.**

CARGOS PARA EL PROGRAMA DE INVESTIGACION DE REGISTRO DE ADOPCION

\$25.00 Cargo por Solicitud

Un cargo no reembolsable de \$25.00 por la solicitud pagada con un cheque o un cheque al portador remitido al "**Department of Health and Family Services**" debe ser enviada con la solicitud para todas las peticiones. Este cargo cubre la investigación en el *Vital Records* y en el *Central Birth Registry* la cual es necesaria para confirmar su identidad, localizar el registro de adopción y la investigación sobre el historial familiar al corriente de los familiares biológicos que podría estar archivada en el *Department of Health and Family Services*.

Cargo por Copia del Registro de Adopción No Identificable

Hay un cargo por hora por copiar, borrar información de identificación personal, corrección de pruebas y por volver a copiar el registro de adopción. El cargo del Departamento es de \$75.00 / hora. Los cargos por hora de las agencias privadas serían un poco más altos. En general se toma cerca de una hora el preparar un registro de adopción. **El cargo por este servicio no sería más de \$150.00**

Cargo para la Investigación sobre los Padres Biológicos

Hay un cargo por hora por el tiempo que se toma localizar padres biológicos cuando la investigación sobre información de identificación personal o sobre información genética / médica al corriente es solicitada y declaraciones juradas de consentimiento no están en los archivos del DHFS. El cargo del Departamento es de \$75.00 / hora. Los cargos por hora de las agencias privadas serían un poco más altos. Por lo general se toma de una a dos horas localizar a padres biológicos. Su especialista de investigación le contactará para autorización adicional si la investigación sobre sus padres biológicos requiere más de dos horas.

Inscripción a una Tribu

No hay un cargo por determinar elegibilidad de inscripción a una tribu o por la ayuda del DHFS con el proceso de inscripción. Si usted es elegible para la inscripción y desea aplicar, un cargo de \$31.00 le será solicitada para poder obtener la cantidad de copias requeridas de certificados de nacimientos y de documentos de inscripción de adopción.

Reducción de Cargos – Las reducciones de cargos están basadas en el *Uniform Fee Schedule, s. 46.03(18), Wisconsin Statutes*. Complete la página 7 si usted desea aplicar para la reducción de cargos.

Yo estoy de acuerdo con pagar los cargos por mi solicitud de investigación de adopción como es declarado arriba.

FIRMA – Solicitante

Fecha de la Firma

SOLICITUD PARA REDUCCION DE CARGOS

Nombre – Solicitante: _____
 (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

SOBRESUELDOS DE INGRESOS PARA FAMILIAS DE DIFERENTES NUMEROS DE PERSONAS

Número de personas en su familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sobresueldo Anual	\$15,876	\$25,668	\$30,540	\$35,472	\$40,344	\$44,316	\$47,376	\$49,512	\$51,648

Los sobresueldos arriba están basados en el *Uniform Fee System Standard Schedule*, del 2006

CARGOS BASADOS EN LOS INGRESOS

1. Entre el número de personas en su familia	
2. Entre el ingreso total anual de su familia	\$
3. Entre sobresueldo por número de personas en su familia:	Si la cantidad en la línea 2 es menor que la cantidad de la línea 3, ¡PARE! Su cargo máximo es el de una hora.
4. Si la cantidad de la línea 2 es mayor que la cantidad de la línea 3, reste la línea 3 de la línea 2	\$
5. Multiplique la línea 4 por .05 (5%)	\$
6. Este es su cargo máximo.	
a. Para casos con agencias privadas, hay un cargo mínimo de una hora.	
b. Para casos con DHFS, el cargo actual está basado en la cantidad de la línea 5 o \$75.00, cualquiera de las dos que sea mayor, excepto cuando se necesita menos de una hora.	

Yo estoy solicitando una reducción de cargos. Adjunto está una copia firmada y con fecha de mi *federal income tax return* o *W-2* del año pasado. Si usted no tuvo un ingreso familiar el año pasado, nosotros debemos tener una declaración que explique el porque, prueba de ningún ingreso, o confirmación de asistencia. Si usted está recibiendo beneficios por discapacidad, usted tiene que proveer documentación.

FIRMA – Solicitante

 Fecha de la Firma

Office Use: Fee Waiver Eligible
 Not eligible

SE RECORDO USTED DE . . .

- Adjuntar el cargo no reembolsable de \$25.00 por su solicitud. Remitir su cheque al "**Department of Health and Family Services.**"
- Notariar su formulario de Confirmación de Identidad (página 2).
- Adjuntar una copia de identificación expedida en el estado con fotografía reciente.
- Adjuntar una prueba de tutela (*guardianship*) si usted es el tutor de una persona adoptada o de un individuo / persona a quien los derechos de sus padres biológicos le fueron terminados.
- Adjuntar una fotocopia de su acta de nacimiento si usted es el hijo de una persona adoptada.
- Incluir una carta de su médico si usted está solicitando información médica / genética al corriente.
- Adjuntar una fotocopia de su tarjeta de Seguro Social si usted ha solicitado inscripción a una tribu.
- Firmar y fechar la página 6 si usted no está solicitando una reducción de cargos.
- Complete, firme y feche la página 7 si usted está solicitando una reducción de cargos. Incluya una copia del año pasado de su *federal income tax return* o *W-2*.

Envíe sus materiales de solicitud a:

Adoption Records Search Program
P.O. Box 8916
Madison, WI 53708-8916

¿Preguntas?

Llámenos al (608) 266-7163, de lunes a viernes, de 8:00 a 4:30 P.M.

○

Visite nuestro website a <http://dhfs.wisconsin.gov/children/adoption/adsearch.htm>